1877
Lane Medical Library

ÜBER DIE
DEKAPITATION DES FOETUS.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE,
WELCHE
NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN
MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER UNIVERSITÄT GREIFSWALD
AM SONNABEND, 12. MAI 1877, 12 UHR,
ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

MAX DEGNER
PRACT. ARZT
AUS POMMERN.

OPPONENTEN:
DR. **BETZ**, PRACT. ARZT.
DR. **HENNICKE.**
DR. **NICLOU**, PRACT. ARZT.

GREIFSWALD,
DRUCK VON CARL SELL
1877.

SEINEN

THEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Die Embryotomie wurde schon in alter Zeit ausgeführt und gehörte zu den am häufigsten vorkommenden geburtshülflichen Operationen. Sobald sich ein irgendwie erhebliches Hinderniss bei der Geburt geltend machte, waren die alten Aerzte genöthigt, zur Zerstücklung resp. Perforation des Fötus ihre Zuflucht zu nehmen, da ihnen kein anderes Mittel, die Geburt zu beendigen, bekannt war. Dieser Umstand erklärt die grosse Häufigkeit der Embryotomie in alter Zeit. Im 17. Jahrhundert wurde die Wendung auf den Fuss in die geburtshilfliche Praxis eingeführt; das 18. Jahrhundert ist durch das Bekanntwerden der Kopfzange ausgezeichnet. Durch die Einführung der Wendung und Zange erfuhr die geburtshilfliche Technik eine gänzliche Umgestaltung, und das Gebiet der Embryotomie wird seit dieser Zeit wesentlich verkleinert.

Aber selbst noch um die Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde die Embryotomie von Männern wie Deisch und Mittelhaeuser so häufig und

rücksichtslos ausgeführt, dass jeder human denkende Geburtshelfer dadurch mit Abscheu erfüllt wurde.

Eine lebhafte Opposition gegen eine so häufige Ausführung der Embryotomie lag in der Natur der Sache; leider machte sich jetzt aber das entgegengesetzte Extrem geltend, welches die Embryotomie überhaupt als unzulässig hinstellte.

So verwarfen Fr. B. Osiander und Stein d. J. die Operation vollständig; Osiander handelte sie in seinem Buche unter dem Titel: „Ueber die unnützen, die Entbindungkunst entehrenden Operationen“ ab.

Osiander war der Ansicht, dass die Embryotomie entweder durch die Wendung oder durch die Application der Zange zu umgehen sei, und suchte einen Stolz darin, in seiner 40jährigen Praxis nur einmal perforirt zu haben.

Oehler und Michaelis traten mit Entschiedenheit für die Operation ein und wiesen nach, dass sie in manchen Fällen durchaus nothwendig sei; ihnen gebührt das Verdienst, der Embryotomie zum Ansehen verholfen zu haben. Die neuen Autoren schlossen sich ihnen wesentlich an, und die Embryotomie gehört heut zu Tage zu den allgemein anerkannten Operationen.

Die Indication zur Embryotomie geben einmal verschleppte Schulterlagen, wenn nach erfolgtem Absterben der Frucht die Wendung entweder nicht möglich ist oder doch als ein eingreifenderes Verfahren angesehen werden muss.

2. ist die Embryotomie indicirt, wenn es sich um hochgradige Beckenverengerung handelt und die Frucht den Beckenkanal im unzerkleinerten Zustande nicht passiren kann. In einigen seltenen Fällen endlich ist die Embryotomie nothwendig, wenn Doppelbildungen oder Missbildungen der Frucht vorliegen. Die Operation ist kontraindizirt bei absolut zu engem Becken, und wenn der Tod der Mutter nahe bevorsteht.

Seit alter Zeit hat man die Verkleinerung des kindlichen Körpers nach drei Methoden ausgeführt. Man eröffnete die Brust- und Bauchhöhle des Kindes und entlerrte ihren Inhalt; man amputirte oder exarticulirte den bei Schulterlagen häufig vorliegenden Arm; oder man machte die Absetzung der Wirbelsäule in der Halsgegend mit gleichzeitiger Durchtrennung der in der Umgegend befindlichen Weichtheile. Die Ansicht der modernen Geburtshelfer hat sich gegen die Entfernung des vorliegenden Armes mit Recht entschieden, weil derselbe wohl nie ein Geburtshinderniss abgiebt, dagegen eine erwünschte Handhabe zur Extraction bietet. Ist der Hals des Kindes zugänglich, so macht man die Decapitation und lässt die Exenteration folgen, sobald die manuelle Extraction des unverkleinerten Rumpfes nicht gelingt. Die Dekapitation wurde im Lauf der Zeit auf sehr verschiedene Weise ausgeführt.

Dubois machte sie mit einer Scheere, Klein, benutzte den Smellie'schen halbstumpfen Haken,

zog mit demselben den Hals des Kindes herab und durchtrennte die Halswirbelsäule mit einer geraden stumpfen Scheere. Ramsbotham, Cazeaux und Scanzoni wandten einen in der Krümmung scharf schneidenden Haken an und bewirkten durch senkrechte Pendelbewegungen die Durchschneidung des Halses. Kilian machte einen mit einer Kettensäge versehenen runden Haken bekannt, der von unten bis zur Krümmung hohl ist. In die Röhre wird die Kettensäge geschoben und um den Hals des Kindes geschlungen; die Durchtrennung des Halses erfolgt durch abwechselndes Ziehen an den Enden der Kettensäge. Baudelocque gab ein Instrument an, welches aus einem Haken besteht, an dessen concaver Seite mittelst einer complicirten Vorrichtung eine convaxe Messerklinge vorgeschoben wird. Heyerdahl schlug einen Schnürapparat vor, bestehend aus einer Schnur von Hanf oder Seide, aus einem mit einer eisernen Röhre versehenen Schaft und einem glatten Rohr. Die Schnur wird um den Hals des Kindes gebracht, ihre Enden werden gegen einander grkreuzt und angezogen. Dadurch bildet sich eine Furche, in welcher die Schnur beim Sägen läuft. Die glatte Röhre dient zum Schutz der Weichtheile gegen Reibungen der Schnur. Faye empfiehlt zur Dekapitation eine Kettensäge, die an eine gewöhnliche gerade Geburtszange angebracht wird. Carl Braun endlich machte ein Instrument bekannt, dem er den Namen Schlüsselhaken gab, mit welchem

die Torsion der Wirbelsäule und die Durchtrennung der Weichtheile des kindlichen Halses gemacht wird.

Betrachten wir die zur Dekapitation empfohlenen Instrumente, so lässt sich nicht leugnen, dass die meisten zu complicirt sind und bei der Anwendung einen gewissen Grad von Kunstfertigkeit erfordern, der erst durch Uebung zu erreichen ist. Ausserdem sind viele der angegebenen Instrumente zu zerbrechlich; der Mechanismus geräth bei der Operation leicht in Unordnung, wodurch die Wirkung natürlich illusorisch wird. Mehrere der erwähnten Instrumente haben auch noch den Nachtheil, dass sie häufig Verletzungen der mütterlichen Weichtheile sowie auch der Finger des Operateurs verursachen.

Der Braun'sche Schlüsselhaken hingegen ist ein einfaches, leicht zu handhabendes Instrument und wirkt nach dem Urtheil der Majorität der Geburtshelfer, die sich desselben bei der Dekapitation bedienten, durchaus sicher. Man läuft auch nicht Gefahr, beim Gebrauch des Schlüsselhakens, da er ein stumpfes Instrument ist, die Weichtheile der Mutter zu verletzen. Daher verdient die Dekapitation mit dem Braun'schen Schlüsselhaken vor den andern Methoden entschieden den Vorzug. Der Einwurf Scanzoni's, dass die Operation leicht zu Ruptur des Uterus führe, indem bei der Torsion der Halswirbelsäule der kindliche Kopf gegen die Wände des Uterus andränge, hat sich in der Praxis als un-

zutreffend herausgestellt. Scanzoni hat ein komplicirtes Instrument zur Ausführung der Dekapitation angegeben, welches er Auchenister nennt. Gustav Braun u. A. haben den Auchenister versucht und geben ihr Urtheil dahin ab, dass das Instrument nicht ohne Gefahr für die Mutter sei und in manchen Fällen ganz im Stich lasse.

Wenn wir die Prognose, welche die Dekapitation nach der Braun'schen Methode für die Mutter in Aussicht stellt, berücksichtigen, so ist dieselbe durchaus günstig, soweit es die Operation selbst betrifft. Die Dekapitation ist in jenen Fällen, in denen nach Abfluss des Fruchtwassers längere Zeit verflossen ist, und der Uterus sich fest um die Frucht kontrahirt hat, ein milderes Verfahren als die Wendung. Die günstigen Chancen, welche die Dekapitation an sich der Mutter gewährt, werden in manchen Fällen durch ungünstige Nebenumstände paralysirt. Entweder ist vor der Operation in Folge oft wiederholter Wendungsversuche eine Ruptur des Uterus entstanden; oder es ist in Folge von Fäulniss der Frucht eine endometritis septica eingetreten; oder endlich die Mutter ist durch lange Dauer der Geburt und durch Blutungen erschöpft. Es ist ersichtlich, dass der ungünstige Ausgang, welcher der Dekapitation unter den genannten Bedingungen folgt, nicht der Operation als solcher zuzuschreiben ist.

Es sei mir nun gestattet, zwei bisher nicht veröffentlichte Fälle von Dekapitation aus der Praxis

des Herrn Geh. Rath Prof. Dr. Pernice, mitzutheilen, die mir derselbe gütigst überlassen hat, wofür ich ihm an dieser Stelle besten Dank sage.

Frau X., 39 Jahre alt, rechtzeitig menstruirt, seit 17 Jahren verheirathet, hat 6 Kinder ohne besondere Hindernisse geboren. Am rechtzeitigen Ende der siebenten Schwangerschaft fand die Hebeamme bei Beginn der Wehen zuerst den Kopf hoch und beweglich vorliegend. Nach dem Blasensprung, der bei noch nicht vollständig erweitertem Muttermunde stattfand, fiel in der rechten Beckenseite hinten ein Arm vor und drängte den Kopf nach dem linken Hüftbeinkamm hinüber. Die Hebeamme versäumte, sofort Kunsthülfe herbei zu holen. Als nach zwei Stunden ein Arzt gerufen wurde, fand er bei heftigem Wehendrange nur ein kleines Segment des Hinterkopfes links über der obern Apertur, den Nacken über dem Beckeneingang, den rechten Arm vor die äussern Geschlechtstheile vorgefallen.

Nach Anschlingung des Armes wurden von diesem und einem noch hinzugerufenen Arzte wiederholt Wendungsversuche gemacht, die jedoch der festen Kontraktion des Uterus und der eigenthümlichen Kindeslage wegen ohne Erfolg blieben. Als klinische Hülfe ungefähr 36 Stunden nach Beginn der Geburt und 12 Stunden nach den letzten Wendungsversuchen für die Kreissende begehrt wurde, fand man dieselbe im höchsten Grade kollabirt, mit kleinem frequenten Puls, kalten Extremitäten und mit kaltem Schweiss

bedeckt. Der Bauch war mässig empfindlich und etwas aufgetrieben. Der Uterus war so fest um die Frucht contrahirt, dass von einem Erkennen der Lage durch die äussere Untersuchung nicht die Rede war. Absatzweise Wehen waren gar nicht mehr vorhanden. Fötalpuls und Uteringeräusch konnten nicht gehört werden. Ging man mit zwei Fingern durch die ausserordentlich geschwollenen äussern Geschlechtstheile ein, so fand man sofort den rechten Arm, an welchem sich die Epidermis in grossen Fetzen ablöste. Man konnte ohne Schwierigkeit bis nach der rechten Achselhöhle gelangen. Der Hals der Frucht lag mit dem Nacken nach abwärts quer über dem Eingang des Beckens, und ganz hoch links über der Darmbeinschaufel konnte man ein kleines Segment des Kopfes fühlen. Es war hiernach unzweifelhaft, dass ursprünglich eine zweite Schädellage vorgelegen hatte, und dass der von vorn herein etwas seitlich abgewichene Kopf durch den Vorfall des Arms nach und nach vollständig zur Seite gedrängt war. Die Schwierigkeit, die Wendung auszuführen, hatte, abgesehen von der festen Kontraktion des Uterus, wesentlich darin gelegen, dass die Füsse über den stark auf die Brust gedrückten Kopf gelagert waren, und ihr Eingreifen durch diesen erschwert wurde.

Bei der vorsichtigen Vornahme eines Versuches, die Hand in den Uterus einzuführen, zeigte sich, dass dies unmöglich sei. Gleichzeitig wurde aber

festgestellt, dass ein über Zoll langer, fast durch sämmtliche Gewebe hindurch gehender Riss an der hintern Wand des Cervicalkanals sich befand. Unter solchen Umständen schien nichts weiter übrig zu bleiben, als möglichst schleunig und schonend die Geburt zu Ende zu führen. Da der Hals des Kindes ausserordentlich bequem gelagert war, so wurde beschlossen, in der Seitenlage, in welcher auch der Wendungsversuch gemacht worden war, die Dekapitation vorzunehmen. Der Braun'sche Schlüsselhaken liess sich ohne alle Schwierigkeiten über den Hals bringen. Nach fester Fixirung der Schulter einerseits und des Kopfes, soweit dies möglich, andrerseits, wurde der Hals des schon in Fäulniss befindlichen Kindes leicht getrennt. Darauf wurde der Rumpf am Arm zuerst und demnächst der Kopf durch Zug im Mund entwickelt.

Die ganze Operation nahm nicht volle 5 Minuten in Anspruch. Die Placenta folgte dem Kopf unmittelbar. — Bei einer nochmals vorgenommenen Untersuchung zeigte sich, dass die schon eingerissene Stelle des Uterus vollständig zum Durchbruch gekommen war. Die Frau, die freilich schon vor der Operation als moribund betrachtet werden musste, collabirte nach der Geburt mehr und mehr und ging 6 Stunden nach derselben zu Grunde. — Sektion nicht gestattet.

Werfen wir auf den eben beschriebenen Fall einen Rückblick, so liegt die Vermuthung nahe, dass

im Anfang der Geburt vielleicht durch eine angemessene Lagerung der Kreissenden das Zustandekommen einer fehlerhaften Fruchtlage hätte vermieden werden können.

Als sich unter dem rein exspektativen Verhalten der Hebeamme die ungünstige Kindeslage ausgebildet hatte, so war es gewiss richtig und zweckentsprechend, zunächst zur Wendung zu schreiten. Jedenfalls empfahl es sich aber nicht, unter den obwaltenden Umständen, wo die feste Kontraktion des Uterus und die ungünstige Kindeslage die Wendung ausserordentlich erschwerten, die Versuche, dieselbe auszuführen, anhaltend und forcirt vorzunehmen, denn die Entstehung einer Uterusruptur ist unter den genannten Bedingungen erfahrungsgemäss ein naheliegendes Ereigniss.

Es war vielmehr geboten, nach dem Misslingen der ersten Wendungsversuche sofort die Dekapitation des Fötus zu machen, umsomehr, als die Lage des kindlichen Halses quer über dem Beckeneingang für die Ausführung der Operation äusserst günstig war. Die Dekapitation hatte, wie man sich nachträglich überzeugte, durchaus keine Schwierigkeiten und konnte in sehr kurzer Zeit beendigt werden. Wäre die Operation frühzeitig gemacht worden, so ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass die Geburt einen günstigen Ausgang für die Mutter genommen hätte.

Die zweite Dekapitation des Fötus wurde im Sommer 1876 von Herrn Geh. Rath Pernice in der

hiesigen geburtshülflichen Klinik ausgeführt. Der Fall war folgender:

Frau K. aus Eggerien, 26 Jahre alt, hat dreimal leicht geboren. Die letzte Gravidität verlief ohne wesentliche Beschwerden. Am rechtzeitigen Ende derselben stellten sich am 5. August Wehen ein und waren im Laufe der Nacht nur schwach. Am 6. August Morgens fand die Hebeamme den Muttermund wenig erweitert, das Fruchtwasser bereits abgeflossen, jedoch keinen grossen Kindestheil vorliegend. Es wurde ein Arzt zugezogen, welcher um 9 Uhr Morgens bei der Kreissenden eintraf. Derselbe versuchte, die Wendung zu machen, jedoch ohne Erfolg. Auch ein zweiter Arzt, der hinzugerufen wurde, bemühte sich wiederholt zu wenden, aber ebenfalls erfolglos.. Letzterer erklärte, die Kreissende müsse nach Greifswald geschafft werden, da er die Geburt nicht beendigen könne. Am 7. August Morgens fuhr die Kreissende theils zu Wagen, theils mit der Bahn ca. 8 Meilen und kam um 10 Uhr in Greifswald an.

Als die Kreissende um 11 Uhr in der Entbindungs-Anstalt anlangte, ergab die Untersuchung, dass der uterus sich fest um die Frucht contrahirt hatte. Die linke Hand des Kindes, von der sich die Epidermis in grössern Fetzen ablöste, lag vor den äussern Geschlechtstheilen.

Die Kreissende, welche unterwegs eine starke Blutung gehabt hatte, war sehr anämisch und in

hohem Grade collabirt, Puls sehr klein und frequent. Die Scheide war mit grossen Blutcoagula angefüllt. Beim Einführen der Hand in den uterus strömten penetrant riechende Gasmassen aus demselben hervor. Von der Wendung wurde wegen der starken Contraction des Uterus Abstand genommen. Da der Hals der Frucht zugänglich war, so wurde die Dekapitation mit dem Braun'schen Schlüsselhaken vorgenommen. Es gelang ohne Schwierigkeit, den Haken an den Hals des Kindes zu bringen, und nach einigen Umdrehungen war die Luxation der Halswirbelsäule und die Durchtrennung der Weichtheile erfolgt. Die Extraction des Rumpfes an dem vorliegenden Arm war leicht zu machen; die Extraction des Kopfes hingegen war unmöglich. Zuerst wurde die manuelle Extraction desselben durch Einführen des Fingers in den Mund versucht; dieselbe misslang indessen, denn die Weichtheile der faultoten Frucht zerrissen schon bei mässigem Zuge. Mit der Knochenzange konnten nur Fetzen des Kopfes herausbefördert werden. Die Zange und der Kephalotribe, die auch versucht wurden, glitten vom Kopfe ab. Die Frau wurde daher ruhig liegen gelassen, und die Expulsion des Kopfes von den Wehen erwartet. Um 4 Uhr Nachmittags stellten sich Wehen ein und förderten den Kopf mit vorangehendem Hinterhaupt an den Tag. Die placenta wurde vermittelst des Credé'schen Handgriffs entfernt.

Nach Beendigung der Geburt verfiel die Frau, die schon vorher in Folge des starken Blutverlustes einen erheblichen Grad von Schwäche gezeigt hatte, vollständig. Der Puls war fadenförmig und äusserst frequent. Die Temperatur betrug 37,0 C. Das Abdomen war selbst gegen leiseste Berührung äusserst empfindlich und aufgetrieben. Während der Nacht delirirte die Patientin beständig und klagte über heftige Schmerzen im Unterleib. Es wurde daher eine Morphiuminjektion gemacht. Unter den Zeichen zunehmender Schwäche trat am 8. August, Nachmittags 1 Uhr, der letale Ausgang ein. Am 9. August wurde die Sektion gemacht.

Mit Erlaubniss des Herrn Professor Dr. Grohé habe ich einen Auszug aus dem Sektionsprotokoll gemacht und gestatte mir, denselben im Folgenden mitzutheilen.

Sect. 66. 1876.

Leiche einer gut genährten weiblichen Person mit gelöster Totenstarre an den oberen und unteren Extremitäten. Die Haut des thorax und abdomen ist durch faulige Gase aufgetrieben und theils blau, theils grün verfärbt. Das abdomen ist trommelartig gespannt und von enormer Ausdehnung. Die labia majora klaffen; aus der vulva drängt sich die vordere und hintere Vaginalwand vor; dieselben sind mit einem schmierigen blutigen Belage bedeckt. Aus den Brüsten tritt auf Druck eine reichliche Quantität von Colostrum hervor.

Beim Einschneiden der Bauchdecken entleert sich eine Masse fauliger Gase; in der Bauchhöhle befindet sich etwa ein Liter einer röthlich gefärbten, mit wenig Faserstoff untermengten wässerigen Flüssigkeit.

Stand des Zwerchfells rechts in der Höhe der dritten, links der vierten Rippe. Die intestina sind durch Gase aufgetrieben. Die Leber ist durch den Meteorismus der Gedärme empor gedrängt. Die Oberfläche der intestina ist mit fibrinösen Exsudatmassen bedeckt. Das mesenterium und omentum majus zeigen mässigen Fettgehalt. In beiden fossae iliacae befinden sich reichliche gelbe Exsudatmassen. Der uterus ist etwa Mannskopf gross. Die äussere Besichtigung ergiebt keine Verletzung. An der vorderen Fläche in der Gegend des fundus sieht es so aus, als ob ein Riss nach innen vorhanden wäre. An der hinteren Fläche fühlt sich der uterus hart an. Der Thorax ist gut gewölbt; die Muskulatur desselben hat eine blassrothe Farbe. Die Lungen sind ziemlich aufgebläht, ihre Lage zum Herzen normal. Fettgehalt des mediastinum anticum spärlich. Auf dem Herzen befinden sich zahlreiche subperikardiale Emphysemblasen. Der linke Vorhof enthält einen Esslöffel schmutzig braunrothen faulen flüssigen Blutes. Der linke Ventrikel ist leer; das rechte Herz, der Vorhof sowohl wie der Ventrikel, ist ebenfalls leer.

Die Lunge ist unten komprimirt und faulig zersetzt, im Uebrigen jedoch lufthaltig; die rechte Lunge ist in allen 3 Lappen lufthaltig und im Zustand fauliger Zersetzung.

Die Milz ist stark vergrössert und an ihrer konvexen Oberfläche durch alte Adhäsionen mit dem Zwerchfell verwachsen. Grösste Länge = 12 Ctm., grösste Breite = 4 Ctm., grösste Dicke = 2 Ctm. Die Kapsel ist verdickt. Die Milzpulpa lässt sich leicht ausdrücken und stellt eine schmutzig braunrothe breiige Masse dar.

Die linke Niere ist 11 Ctm. lang, 6 Ctm. breit und $3^1/_2$ Ctm. dick, die rechte Niere desgleichen; beide Nieren sind ganz faulig; an der Rinde zeigen sich gelbe Flecke, die sich als faulige Gasansammlung ergeben.

Die Harnblase ist leer, die Schleimhaut derselben blassgelb, glatt, von fauligen Gasen durchsetzt. Im rectum befinden sich reichliche consistente graugrüne Fäcalmassen. Veränderungen der Schleimhaut nicht vorhanden.

Nach Aufschneiden des Uterus ist die vordere Wand desselben an der oben erwähnten Stelle zerklüftet, mit fauligem Emphysem durchsetzt und mit Blut imbibirt; der untere Theil ist ein wenig straffer.

Der Cervicalkanal zeigt ebenfalls das Bild ausgedehnter Zerklüftung. Beim Aufgiessen von Wasser flottiren die Fetzen und Stücke der membrana decidua. Die Vaginalportion ist an mehreren Stellen eingerissen.

Die Innenfläche des untern Theils des Uterus hat nach mehrfachem Abspülen ein schwärzliches Aussehen. Die Dicke des Uterus beträgt am oreficium internum $2^1/_2$ Ctm., in der mittleren Partie 3, am fundus $3^1/_2$ Ctm. Das Parenchym des Uterus ist ganz bröcklig. Die vagina ist frei von Verletzungen.

Die beiden Ovarien sind im Zustand hochgradiger Fäulniss; desgleichen ist das Gewebe der ligam. lata emphysematös.

Corpus luteum links vorhanden und etwa Kirschkern gross. Das retroperitoneale Bindegewebe im Zustande fauligen Emphysems.

Im Magen und duodenum befinden sich reichliche Speisereste; die Schleimhaut ist überall gallig imbibirt. Die papilla biliaria ist im obern Theil der pars descend. duodeni sichtbar; bei Druck auf den ductus choledochus und die Gallenblase entleert sich dünnflüssige, dunkelgrüne Galle.

Im jejunum und ileum reichliche Mengen eines dünnen hellgelben Inhalts; im coecum reichlicher dünner Inhalt mit einer Masse von Trichocephalen und einer Anzahl von Oxyuren.

Im colon descend. eine Menge dickbreiigen gelb gefärbten Inhalts, im untern Theil desselben von geballter Form.

Die anatomische Diagnose resumirt sich dahin: Hochgradige Fäulniss, peritonitis exsudativa. Schlaffer grosser, sonst sehr muskelreicher Uterus mit Auseinanderzerrung des Parenchyms an der vordern

obern Wand im Zustande fauligen Emphysems und vollständiger blutiger Imbibition. Zahlreiche Einrisse an der Vaginalportion und im Cervicalkanal. Decidua noch vollständig erhalten. Placentarsitz nicht genau bestimmbar. Corpus luteum wohl erhalten. Beide Ovarien cadaverös erweicht. Vagina intact. Alter Milztumor mit zahlreichen Adhäsionen und fauliger Erweichung. Conjugata = 4."

Am macerirten Becken habe ich Masse genommen, wobei mich Herr Dr. Beumer, Assistent am hiesigen pathologischen Institut in dankenswerther Weise unterstützt hat.

Die gefundenen Beckenmasse sind folgende:

Der Abstand der spinae anter. super.	=	20,4 Ctm.
„ „ der cristae	=	23,3 „

Beckeneingang.

Conjugat. vera	=	10,4 „
der rechte schräge Durchmesser .	=	11,5 „
der linke schräge Durchmesser . .	=	11,0 „
der quere Durchmesser	=	11,2 „

Beckenhöhle.

Der gerade Durchmesser	=	11,6 „
der quere Durchmesser	=	11,2 „

Beckenausgang.

Der gerade Durchmesser	=	9,2 „
der quere Durchmesser	=	9,6 „
Conjugat. diagonal.	=	11,4 „

Aus den angegebenen Massen geht hervor, dass das Becken in allen seinen Durchmessern etwas verengt ist. Im Uebrigen ist das Becken symmetrisch gebaut; der Unterschied der beiden schrägen Durchmesser des Beckeneinganges in Bezug auf ihre Grösse dürfte auf die Maceration zurück zu führen sein.

Auch in dem eben beschriebenen Falle war die Decapitation leider nicht im Stande, den Ausgang der Geburt für die Mutter günstig zu gestalten. Das Zusammenwirken einer ganzen Reihe ungünstiger Umstände vereitelte die Bemühungen, der Mutter durch die Operation das Leben zu erhalten. Die lange Dauer der Geburt, der Transport und eine erhebliche auf der Reise eingetretene Blutung hatten die Kräfte der Kreissenden auf's Aeusserste erschöpft und liessen den Erfolg der Operation von vorn herein fraglich erscheinen.

Die Uterinsubstanz war, wie die Section ergab, an keiner Stelle vollständig durchgerissen; aber immerhin waren ziemlich tiefgehende Einrisse im Cervicalkanal zu erkennen.

Es sei mir schliesslich noch gestattet, die mir aus der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Decapitation des Fötus in Kürze zusammen zu stellen.

1. Fall von Prof. C. Braun,
2. Fall von Prof. Spaeth,
3. Fall von Prof. Chiari (beschrieben in der Klinik für Geburtsh. und Gynäkologie von Chiari. 1852).

In allen 3 Fällen verlief die Operation für die Mutter günstig.

4. Fall von Prof. Bartsch (1852).

Vernachlässigte Querlage. Fötus tot. Wendungsversuche vergeblich. Decapitation. Mutter gesund.

5. Fall von Prof. Spaeth (1853).

Die Decapitation wurde wegen Querlage gemacht. Das Fruchtwasser war am 11. Februar 1853 abgegangen. Die Entbindung fand am 15. Februar statt. Tod der Mutter am fünften Tage nach der Operation an septischer endometritis.

6. Fall von Dr. Habit (1853).

Decapitation wegen vernachlässigter Querlage. Erfolg günstig.

7. Fall von G. Braun (1853).

Querlage. Vergebliche Wendungsversuche. Tetanus uteri. Decapitation. Die Mutter fieberte 3 Tage. Am 12. Tage gesund entlassen.

8. Fall von Klein (1854).

Decapitation bei Querlage. Erfolg gut.

9. Fall von Streng.

Querlage. Blutung. Fötus faultot. Wendungsversuche durch 4 Geburtshelfer. Decapitation. Endometritis septica. Tod der Mutter nach 14 Tagen,

10. Fall von Gustav Braun (1854).

Querlage. Ruptur des uterus in Folge vorausgegangener Wendungsversuche. Die Ruptur war vor

der Operation demonstrirt. Dekapitation. Tod der Mutter.

11. Fall von Carl Braun (1858).

Vernachlässigte Querlage. Dekapitation 4 Tage nach Abfluss des Fruchtwassers. Mutter gesund.

12. Fall von C. Braun (1860).

Querlage. Tetanus uteri. Vergebliche Wendungsversuche durch 3 Aerzte. Dekapitation. Der uterus zog sich trotz Ergotin nicht zusammen. Endometritis. Tod der Mutter nach 8 Tagen. Keine Verletzung des uterus.

13. Fall von C. Braun (1861).

Dekapitation wegen Querlage. Ruptur des cervix, die der Dekapitation vorausging. Tod der Mutter. Die Sektion ergab ausser der Läsion des cervix Hypertrophie des fundes uteri und Lungentuberculose.

14. Fall von C. Braun (1861).

Querlage. Wendungsversuche vergeblich. Hals nicht zugänglich. Exenteration. Selbstentwicklung der Frucht. Mutter gesund.

15. Fall von C. Braun.

Querlage. Wendungsversuche vergeblich. Dekapitation. Mutter gesund.

16. Fall von Simon Thomas.

Querlage. Dekapitation. Erfolg gut.

17. Fall von Dr. Lemke.

Dekapitation bei Querlage. Erfolg günstig.

18. Fall von Spaeth.

Vernachlässigte Querlage. Dekapitation. Mutter gesund.

19. Fall von Dr. Fleischer in Pesth.

Querlage. Enucleation des vorliegenden Armes durch einen Wundarzt. Dekapitation. Erfolg gut.

20. Fall von Dr. Fleischer in Pesth.

Vernachlässigte Querlage. Bruch des schlecht konstruirten Schlüsselhakens. Herstellung eines neuen Quergriffs durch Umbiegen der Stange. Dekapitation. Mutter gesund.

21. Fall von Dr. Fleischer.

Querlage. Dekapitation. Spontane Austossung des zurückgebliebenen Kopfes nach mehreren Stunden. Erfolg günstig.

22. Fall von demselben.

Querlage. Fruchtlos vorausgegangene Wendungsversuche durch 2 Aerzte. Dekapitation. Mutter gesund.

23. Fall von demselben.

Zwillinge. Erstes Kind Strassengeburt. Zweites Kind in Querlage. Tod desselben wegen tetanischer Uteruskontraktion. Vergebliche Wendungsversuche. Dekapitation. Mutter gesund.

24. Fall von Dr. Guttmann.

Nicht erkannte placenta praevia. Unzweckmässige Anwendung des secale cornutum. Querlage Dekapitation. Erfolg gut.

25. Fall von Timon Thomas.

Frühzeitiger Blasensprung. Querlage. Unmög-

lichkeit der Wendung wegen krampfhafter Striktur des innern Muttermundes. Dekapitation. Extraktion des Kopfes mit der Zange. — Mutter gesund.

26. Fall von Dr. Hummel.

Vernachlässigte Querlage. Dekapitation 60 Stunden nach Abfluss des Fruchtwassers. Erfolg günstig.

27. Fall von Dr. Kaczander.

Vernachlässigte Querlage. Kind abgestorben. Dekapitation mit dem Braun'schen Schlüsselhaken. Mutter erhalten. Am 4. Tage endometritis, die in 14 Tagen günstig endete.

28. Fall von Dr. Krassnig in Klagenfurt.

Vernachlässigte Querlage. Fruchtloser Wendungsversuch. Dekapitation. 5 Tage nach Abfluss des Fruchtwassers peri- und endometritis. Genesung.

29. Fall von Martin (Monatsschr. f. Geburtsh. 1862).

Fall von glücklicher Entbindung durch Dekapitation mit dem Doppelhaken von Smellie nach der Methode von Carl Braun.

30. Fall von Dr. Breiner in Siklós.

Vernachlässigte Querlage. Abfluss des Fruchtwassers seit 4 Tagen. Dekapitation. Tod der Mutter nach 7 Tagen aus nicht näher ermittelten Gründen.

31. Fall von demselben.

Querlage. Vorfall des Arms. Abfluss des Fruchtwassers vor 3 Tagen. Wendung unmöglich. Dekapitation. Extraktion des Kopfes mit der Zange. Erfolg günstig.

32. Fall von demselben.

Querlage. Abfluss des Fruchtwassers seit zwei Tagen. Vergebliche Wendungsversuche. Dekapitation. Plötzlicher Tod der Mutter nach 24 Stunden. Die Kranke stand den folgenden Tag auf, ging eine kleine Strecke vom Bett und wollte sich setzen. Sie fiel in Ohnmacht und verschied. Sektion nicht gestattet.

33. Fall von demselben.

Vernachlässige Querlage. Abfluss des Fruchtwassers seit 4 Tagen. Decapitation. Erfolg günstig.

34. Fall von demselben.

Querlage. Lordose im Lendensegment der Wirbelsäule. Wendungsversuche vergeblich. Ebenso vergebliche Decapitationsversuche. Exenteration und darauf folgende Wendung auf den rechten Fuss. Haematoma vulvae. Tod am 7. Tage nach der Operation in Folge von peitonitis endometritis und metrophlebitis.

35. Fall von Dr. Meissner (1866).

Kopf der Frucht links oberhalb der crista ilü. Innerer Muttermund für 3 Finger durchgängig. Decapitation. 9 Tage nach der Operation wurde die Wöchnerin gesund dem Findelhause übergeben, nachdem sie seit 2 Tagen das Bett verlassen hatte.

36. Fall von demselben.

Querlage. Abgang des Fruchtwassers vor 2 Tagen. Decapitation. Abreissen des Armes bei der Extraction des Rumpfes. Extraction am andern Arm. Der Kopf

konnte durch den unnachgiebigen Muttermund nicht entfernt werden. Der Kephalotribe erfolglos. Perforation an der linken Schläfe mit der Levret'schen Scheere. Einführung des Smellie'schen Dekapitationshakens durch die Oeffnung und Extraction. — Ausgang gut. —

Ueberblicken wir die vorher angegebenen 36 Fälle so ergiebt sich, dass darunter achtmal der letale Ausgang nach der Dekapitation eintrat. In 3 Fällen wurde der Tod durch endometritis, in einem Falle durch gleichzeitige metrophlebitis und peritonitis herbeigeführt. Zweimal wurde der Misserfolg der Dekapitation durch Ruptur des uterus bedingt, die schon vor der Operation nachgewiesen war. In zwei Fällen schliesslich ist die Todesursache nicht recht ersichtlich; die Operation war durchaus glücklich verlaufen; in dem einen Falle erfolgte der Tod nach 7 Tagen, in dem andern nach 24 Stunden im unmittelbaren Anschluss an eine Ohnmacht. Die Section wurde nicht gemacht.

Es lässt sich indess mit Sicherheit behaupten, dass die Dekapitation in keinem der genannten acht Fälle den ungünstigen Ausgang verursacht hat; die Operation konnte vielmehr deswegen nicht von einem günstigen Erfolge begleitet sein, weil sie zu spät ausgeführt wurde.

Lebenslauf.

Ich, Max Franz Ernst Degner, Sohn des praktischen Arztes Degner und dessen Ehefrau Franzisca, geborene von Pawelsz, wurde am 13. April 1847 in Ratzebuhr in Pommern geboren. Meinen ersten Unterricht erhielt ich in der Stadtschule meiner Vaterstadt und in einer dortigen Privatschule. Von Ostern 1860 ab besuchte ich das Gymnasium zu Neustettin und verliess dasselbe Michaelis 1866 mit dem Zeugniss der Reife. Darauf trat ich als Studirender in die militairärztlichen Bildungsanstalten zu Berlin ein und bestand am 24. Juli 1869 das tentamen physicum. Am 1. August 1870 trat ich als Unterarzt in die Armee ein und machte als solcher den Feldzug gegen Frankreich mit.

Am 1. October 1871 vom Militair entlassen, hielt ich mich im Interesse meines angegriffenen Gesundheitszustandes während der nächsten Jahre im elterlichen Hause auf. Michaelis 1875 ging ich nach Greifswald und besuchte hier während zwei Semestern Kliniken und Vorlesungen.

Am 9. März bestand ich hier die Staats-Prüfung für Aerzte und am 28. April das tentamen rigorosum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich folgende Vorlesungen, Curse und Kliniken:

In Berlin bei Herrn

Prof. Reichert: Anatomie, Präparirübungen, vergleichende Anatomie, Entwicklungsgeschichte, mikroskopischen Cursus.

Prof. Dowe: Experimentalphysik.

Prof. Hoffmann: Anorganische und organische Chemie.
Prof. du Bois: Reymond: Physiologie.
Prof. Braun: Botanik.
Prof. Peters: Zoologie.
Prof. Mitscherlich: Arzneimittellehre.
Prof. Hirsch: Specielle Pathologie und Therapie.
Prof. Gurlt: Verbandlehre, über Frakturen und Luxationen.
Prof. Traube: Propädeutische Klinik als Auscultant und Practicant.
Prof. Bardeleben: Chirurgische Klinik als Auscultant und Practicant, Chirurgischen Operations-Cursus.
Prof. Frerichs: Medicinische Klinik als Auscultant und Practicant.
Prof. von Langenbeck: Chirurgische Klinik als Auscultant und Practicant.
Prof. Schoeller: Theorie der Geburtshülfe, Uebungen am Phantom.
Prof. Virchow: Pathologische Anatomie der Lungen- und Herzkrankheiten, über Krankheiten des Gehirns.
Dr. Leber: Theorie der Augenheilkunde, opthalmoskopischen Cursus.
Dr. Waldau: Cursus der Augenoperationen.

In Greifswald:

Prof. Mosler: Medicinische Klinik.
Prof. Hueter: Chirurgische Klinik, chirurgischen Operations-Cursus.
Prof. Pernice: Geburtshülfliche Klinik.
Prof. Schirmer: Augenklinik, Cursus der Augenoperationen und ophthalmoskopischen Cursus.
Prof. Grohé: mikroskopischen Cursus der pathologischen Anatomie.
Prof. Vogt: Verbandlehre.
Prof. Arndt: psychiatrische Klinik.
Dr. Krabler: Auscultations- und Percussions-Cursus.

Allen meinen hochverehrten Lehrern sage ich wärmsten Dank.